

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(Compilare in stampatello o dattiloscivere)

DATI PERSONALI

COGNOME _____		NOME _____	
LUOGO E DATA DI NASCITA _____		CODICE FISCALE _____	
INDIRIZZO (privato) _____			N. _____
C.A.P. _____	CITTÀ _____	PROV. _____	
TEL. (ab.) _____	FAX _____	CELL. _____	
E-Mail _____	Azienda Ospedaliera di appartenenza _____		

Accompagnatore (Nome Cognome) _____

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE AGLI EVENTI ECM

Utilizzare la presente scheda per la scelta preferenziale di tre dei quattro eventi ECM del Congresso (ECM-A; ECM-B; ECM-C; ECM-D). Successivamente scegliere una sola sessione parallela (Sp-1; Sp-2; Sp-3; Sp-4) di ciascuno dei tre eventi ECM prescelti. Il Comitato Organizzatore garantisce la partecipazione ad almeno due dei tre eventi. Nel caso ci fossero posti disponibili, in sede congressuale, sarà possibile partecipare anche al terzo evento ECM prescelto.

<input type="checkbox"/> Evento ECM-A	<input type="checkbox"/> Sp-1	<input type="checkbox"/> Sp-2	<input type="checkbox"/> Sp-3	<input type="checkbox"/> Sp-4
<input type="checkbox"/> Evento ECM-B	<input type="checkbox"/> Sp-1	<input type="checkbox"/> Sp-2	<input type="checkbox"/> Sp-3	<input type="checkbox"/> Sp-4
<input type="checkbox"/> Evento ECM-C	<input type="checkbox"/> Sp-1	<input type="checkbox"/> Sp-2	<input type="checkbox"/> Sp-3	<input type="checkbox"/> Sp-4
<input type="checkbox"/> Evento ECM-D	<input type="checkbox"/> Sp-1	<input type="checkbox"/> Sp-2	<input type="checkbox"/> Sp-3	<input type="checkbox"/> Sp-4

QUOTE DI ISCRIZIONE

Entro il 15 ottobre 2005		Dopo il 15 ottobre 2005	
Soci AAROI	€ 200,00 <input type="checkbox"/>	Soci SIARED	€ 400,00 <input type="checkbox"/>
Specializzandi	€ 200,00 <input type="checkbox"/>	Non Soci	€ 450,00 <input type="checkbox"/>
Accompagnatori	€ 200,00 <input type="checkbox"/>		
		Soci AAROI	€ 250,00 <input type="checkbox"/>
		Soci SIARED	€ 450,00 <input type="checkbox"/>
		Specializzandi	€ 250,00 <input type="checkbox"/>
		Non Soci	€ 500,00 <input type="checkbox"/>
		Accompagnatori	€ 250,00 <input type="checkbox"/>
		TOTALE € _____	

MODALITÀ DI PAGAMENTO

La quota di iscrizione dovrà essere versata esclusivamente tramite bonifico bancario sul conto corrente n. 18940 intestato alla S.I.A.R.E.D. – CIN: Q - ABI: 01005 - CAB: 03211 – presso la Banca Nazionale del Lavoro Agenzia 11 – Via Marsala, 4/6 - 00185 Roma, con la causale obbligatoria: **“S.I.A.R.E.D. Iscrizione Congresso Napoli”**.

La presente scheda, unitamente alla ricevuta del bonifico, dovrà essere inviata entro il **30 novembre 2005**:
via posta a Segreteria Nazionale AAROI – Via XX Settembre 98/E – 00187 Roma
oppure **via fax** al seguente numero 06.47882016

Dopo tale data le iscrizioni potranno essere effettuate direttamente in sede congressuale.

Con l'invio del presente modulo autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 675/96 sulla privacy. Le informazioni saranno utilizzate per trasmettere i dati dei partecipanti richiesti dal Ministero della Salute per il rilascio dei crediti ECM.

Data _____

Firma _____